

Si sabemos lo que funciona al prevenir el VIH—porqué no sacamos mayor provecho?

¿qué hemos aprendido?

Hace quince años, en Los Angeles, CA, se diagnosticaron los primeros 5 casos de SIDA entre hombres homosexuales. Desde entonces el SIDA se ha extendido a más de medio millón de personas en los EEUU y actualmente es la causa líder de muertes entre los Norteamericanos de 25 a 44 años de edad. Estos quince años han sido testigos del gran avance logrado tratando de entender como detener esta enfermedad. Sin embargo, en estos quince años no se ha visto la implementación de programas eficaces de prevención a gran escala en las tareas de prevención del VIH en los EEUU. Si sabemos lo que funciona, ¿porqué no lo ponemos a prueba?

No es necesario que la tarea de prevención sea perfecta para ser efectiva. Los modelos epidemiológicos demuestran que el simple hecho de reducir por mitad el número de conductas de riesgo puede detener esta epidemia.¹ Los programas que a continuación mencionamos son algunas de las intervenciones que han dado muestras de eficacia y que deberían ser replicadas aun que no se haya obtenido un 100% en la reducción de las conductas de riesgo.

¿cuáles programas parecen funcionar?

Se estima que la mayoría de los 41,1000 nuevos casos anuales de infección con VIH son atribuidas a los Usuarios de Drogas Intravenosas (UDIs), a sus parejas sexuales y a su descendencia.² Ya sabemos como detener la transmisión del VIH entre los UDIs: comenzar las tareas de prevención apenas se registren los primeros brotes de infección, proveer el material que se usa para inyectarse esterilizado por medio de los programas de intercambio de jeringuillas o a través de las farmacias, crear programas capaces de reclutar a los UDIs en esta lucha, y proveer programas de rehabilitación de drogas de acuerdo a las circunstancias.³

En Tacoma Washington, ciudad donde los esfuerzos de prevención para los UDIs empezaron en el año 1988, la prevalencia del VIH entre los ellos se ha mantenido entre el 3-4%. En la ciudad de Nueva York, en donde los esfuerzos de prevención para los UDIs encontraron resistencia en sus inicios, nos encontramos con un incremento del 10% hasta más del 50% en cinco años.³

Connecticut implementó el programa ideal de prevención del VIH: sin costo alguno al estado y con resultados sumamente positivos. Esto se logro haciendo un simple cambio sustancial a las leyes que giran en torno a la paraphernalia y a la compra de jeringas lo cual produjo una dramática reducción en el uso de jeringas usadas y un incremento en las ventas de jeringas nuevas entre los UDIs. A raíz de la implementación de estas nuevas leyes se observó una reducción en el uso de jeringas usadas del 52% al 31%, la venta en las farmacias subió del 19% al 78%, y las ventas en las calles cayeron del 74% al 28%.⁴

Actualmente, el hombre gay y/o bisexual cuenta con la mayoría de los casos de infección con VIH, y con el 25% anual de nuevas infecciones en los EEUU.² Sabemos cuales son las estrategias de intervención que funcionan entre el hombre gay y bisexual: pequeños grupos de apoyo, la práctica de ciertas destrezas o la creación de estas, proveer consejería, pruebas del VIH y programas de reclutamiento llevados a cabo por miembros del grupo en cuestión, líneas telefónicas de asistencia, programas televisivos e intervenciones a nivel comunitario.

Uno de los programas exitosos fue implementado en varias ciudades de tamaño mediano. En este programa se entrenó a las personas más populares del ámbito social para transmitir mensajes de reducción de riesgo en bares de homosexuales. Debido a esto, se redujeron las relaciones sexuales sin protección.⁵ Otro de los programas exitosos usó la estrategia de promover una norma o patrón de conducta por medio de fiestas, días de campo y juegos de voliból. Esto ocasionó un descenso en las relaciones sexuales sin protección del 40% al 31%.⁶

Un cuarto de todas las nuevas infecciones en los EEUU ocurre entre los jóvenes menores de 22 años. Sabemos cuales son las estrategias para tratar el caso de los adolescentes: los programas eficaces de educación sexual en las escuelas. En una revisión a 23 programas implementados en las escuelas se descubrió que aquellos jóvenes que participaron en estos programas estaban menos propensos a participar en actividades sexuales y aquellos que estaban teniendo relaciones sexuales lo hacían con menos frecuencia usando métodos anticonceptivos.⁷

La prueba voluntaria del VIH y el tratamiento con AZT a las mujeres embarazadas VIH positivas redujo en dos tercios el riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto.⁸ Aunque los efectos secundarios que esta medicina ocasiona aún están por verse.

Quién lo dice?

1. Blower SM, McLean AR. Prophylactic vaccines, risk behavior change, and the probability of eradicating HIV in San Francisco. *Science*. 1994;265:1451-1454.

2. Holmberg SD. The estimated prevalence and incidence of HIV in 96 large US metropolitan areas. *American Journal of Public Health*. 1996;86:642-654.

3. Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, et al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *Journal of the American Medical Association*. 1995;274:1226-1231. Contact: Don Des Jarlais 212/387-3870 X3808.

4. Groseclose SL, Weinstein B, Jones TS, et al. Impact of increased legal access to needles and syringes on practices of injecting-drug users and police officers—Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1995;10:82-89. Contact: Beth Weinstein 203/509-7800.

5. Kelly JA, St. Lawrence JS, Stevenson LY, et al. Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*. 1992;82:1483-1489. Contact: Jeff Kelly 414/287-4680.

6. Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. The Mpowerment project: a community-level HIV prevention intervention for young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*. 1996;86:1-8. Contact: Susan Kegeles 415/597-9159.

¿cómo se limita la prevención?

Hasta hoy, el gobierno Estadounidense no permite el uso de fondos federales para programas de intercambio de jeringas, a pesar de que 6 reportes auspiciados por el gobierno demostraron que estos programas ayudan a detener la transmisión del VIH sin que se haya observado un incremento en el uso de las drogas.⁹ Simultáneamente, diez estados y el DC tiene hasta hoy leyes que requieren una receta del doctor para comprar jeringas, a pesar de que 4 estudios auspiciados por el gobierno han recomendado abolir estas leyes.¹⁰ Mientras tanto, los centros para el tratamiento de drogas tienen con frecuencia largas listas de espera, y menos del 15% de los UDIs en los EEUU están bajo tratamiento en un momento dado.¹⁰

Hasta hace pocos años, muchos estados han logrado crear/pasar leyes que restringen la educación sexual. Por ejemplo, en ocho estados se requiere o se recomienda enseñar que la homosexualidad no es un estilo de vida aceptable en la sociedad a pesar de que los jóvenes gay/homosexuales son los que corren mayor riesgo de contraer el VIH y por lo tanto son los que necesitan más educación. A pesar de que en 26 estados se exige promover la abstinencia en las escuelas, una revisión de estos programas no comprobó la efectividad de estos en cuanto a retrasar las actividades sexuales.⁷ Solamente en 14 de los 26 estados se exige como requisito incluir en el currículo de educación sexual información acerca de los anticonceptivos, sobre las enfermedades transmitidas sexualmente y sobre el VIH.¹¹

Los fondos monetarios designados para los esfuerzos de prevención del VIH no siempre se canalizan donde más se necesitan. Por ejemplo, en el estado de California, en el año 1991 en donde el 88% de todos los casos de SIDA era atribuido a hombres homosexuales y bisexuales, solamente designaron el 5% del presupuesto para la prevención en esta población.¹²

El éxito obtenido al prevenir la transmisión materno-fetal ha provocado que el gobierno federal recomiende servicios de consejería y pruebas voluntaria del VIH a toda mujer embarazada. Eso sí, el hecho de hacerse la prueba no garantiza recibir el tratamiento en caso de resultar positiva. Un estudio a los centros públicos donde se hacen pruebas del VIH, encontró que casi la mitad de los clientes no tenían seguro de salud siendo las minorías raciales las que poseían menos posibilidades de tener seguro de salud.¹³ La falta de un seguro puede impedir que las mujeres reciban servicios preventivos tales como el cuidado prenatal.

¿qué podemos hacer?

El gobierno federal deberá revocar las leyes que impiden que los programas de intercambio de jeringas obtengan fondos para operar. Los gobiernos estatales necesitan revocar las leyes de paraphernalia y de prescripción en cuanto a las jeringas. Ambos gobiernos necesitan incrementar programas de mantenimiento con "Methadone", asimismo los programas de rehabilitación de drogas como la cocaína y el crack.

Los gobiernos estatales deberán implementar leyes que requieran que todo joven reciba educación más explícita sobre la sexualidad, las drogas y el VIH/SIDA de acuerdo con la edad en las escuelas, incluyendo el tema de la homosexualidad y los anticonceptivos.

Los departamentos de salubridad del estado y los Grupos Comunitarios de Planeamiento a cargo de distribuir los fondos deberán darle prioridad a los programas de prevención que reflejen con mayor exactitud la epidemiología del VIH en sus comunidades. La mayor prioridad deberá estar centrada en aquellos programas dirigidos a las poblaciones que más lo necesitan: los UDIs dentro y fuera de los programas de tratamiento; hombres homosexuales y bisexuales jóvenes, UDIs y minorías; las parejas femeninas de los UDIs; y los jóvenes que corren alto riesgo.

El gobierno federal necesita asegurar el acceso al cuidado médico durante la etapa inicial a aquellas personas que resulten VIH-positivas. El alto costo de los nuevos medicamentos y del tratamiento se hace inaccesible para aquellos que no poseen seguro médico. Los recientes avances en el tratamiento del VIH pueden reducir dramáticamente la cantidad de virus si se hace durante la etapa inicial, lo cual reduce el riesgo de transmisión. En el futuro, un buen tratamiento puede ser la clave para el éxito de los esfuerzos de prevención.

Un programa de prevención completo y eficaz utiliza múltiples elementos para proteger a la mayor cantidad de personas a riesgo posible. La estrategia de prevención no necesariamente debe ser perfecta para obtener éxito. Sabemos lo que funciona al hacer prevención. Necesitamos aplicar este conocimiento mas plena, justa, y consistentemente.

PREPARADO POR THOMAS J. COATES, PHD, PAMELA DECARLO; TRADUCCIÓN ROMY BENARD-RODRÍGUEZ

7. Kirby D, Short L, Collins J, et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Reports*. 1994;109:339-360.

8. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*. 1994;331:1173-1180.

9. Lurie P, Drucker E. An opportunity lost: estimating the number of HIV infections due to the US failure to adopt a national needle exchange policy. Presented at 11th International Conference on AIDS, Vancouver, BC. 1996.

10. Wiley J, Samuel M. Prevalence of HIV infection in the USA. *AIDS*. 1989;3(Suppl. 1):71-78.

11. Sexuality Education in America: A State-by-State Review. Report prepared by the NARAL Foundation. Washington, DC: 1995.

12. Lee PR, Franks P, Haynes-Sanstad K, et al. HIV Prevention in California: HIV Education and Prevention Evaluation. Report prepared for the Office of AIDS, California Department of Health Services, 1993.

13. Valdiserri RO, Gerber AR, Dillon BA, et al. Clients without health insurance at publicly funded HIV counseling and testing sites: implications for early intervention. *Public Health Reports*. 1995;110:47-52.